

Администрация социального обеспечения

Важная информация



В ЭТОМ СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ - ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВАШЕГО СВЕДЕНИЯ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ. НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ СТРАНИЦЫ.

Из наших документов следует, что Вы можете претендовать на дополнительное пособие для оплаты Ваших лекарств, отпускаемых по рецепту.

Вскоре начнет действовать новая программа Medicare по возмещению расходов на лекарства, отпускаемые по рецепту. Эта новая программа даст Вам возможность выбрать из нескольких предлагаемых планов с наиболее подходящим покрытием.

Вы можете получить дополнительное пособие для оплаты годового необлагаемого налогом минимума, страховых взносов и совместных платежей, связанных с этой новой программой Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам, — такое дополнительное пособие в среднем составляет 2 100 долларов.

Но перед тем как мы сможем Вам помочь, **Вы должны заполнить это заявление, положить его в прилагаемый конверт и сегодня же отослать.** Либо, начиная с 1 июля 2005 г., Вы можете заполнить заявление через Интернет на сайте www.socialsecurity.gov. Мы рассмотрим Ваше заявление и письменно уведомим Вас, если за Вами будет признано право на дополнительное пособие. Мы также пришлем Вам информацию о программе Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам, и сообщим, что Вам делать дальше.

Если Вам нужна помощь при заполнении заявления, позвоните в службу социального обеспечения по телефону **1-800-772-1213** (телефон с текстовым дисплеем: **1-800-325-0778**). Дополнительную информацию Вы можете найти на сайте www.socialsecurity.gov.

Если Вам требуется информация об этой новой программе Medicare по оплате лекарств, отпускаемых по рецептам, позвоните по телефону **1-800-MEDICARE** (телефон с текстовым дисплеем: **1-877-486-2048**) или посетите сайт www.medicare.gov.

Чем раньше Вы пришлете свое заявление, тем быстрее мы сможем решить, имеете ли Вы право на дополнительное пособие.


Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Общие инструкции по заполнению заявления на пособие Medicare по плану оплаты лекарств



Дополнительное пособие для оплаты Ваших расходов на лекарства

СПЕЦИАЛЬНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ ДЛЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ ЗАЯВИТЕЛЕЙ:

Поскольку мы хотим рассмотреть все заявления как можно быстрее и эффективнее, мы используем специальные формы, которые считывает компьютер. К сожалению, наши компьютеры не читают по-русски, поэтому Вам придется заполнить версию заявления на английском или испанском языке.

Эта форма переведена на русский язык только для того, чтобы Вам было легче заполнять заявление. Однако Вам нужно будет вписывать ответы на вопросы на английском или испанском языке. Не забудьте подписать заявление после заполнения.

ЭТО ИНСТРУКЦИЯ, А НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Входите ли Вы (или лицо, которому Вы помогаете заполнить настоящее заявление) в программу Medicare и получаете ли дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI) либо включены ли Вы в программы Medicare и Medicaid, или же Ваши взносы в Medicare оплачивает штат?

Если ответ **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ**, не заполняйте это заявление, так как это дополнительное пособие Вы будете получать автоматически. Вам придет другое письмо, в котором будет рассказано, как Вы будете получать это дополнительное пособие. Если же ответ **ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ** или Вы **НЕ УВЕРЕНЫ**, заполните это заявление. Перед заполнением бланка внимательно ознакомьтесь с изложенными ниже инструкциями и рекомендациями. Ответьте на все вопросы, если только не оговорено иное.

Как заполнять это заявление

- Используйте **ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА** или **карандаш №2**
- Все цифры, буквы и крестики не должны выходить за прямоугольные поля;
- При вписывании сумм не используйте символ доллара. Этот символ уже напечатан на бланке; и
- **Центы можно округлять до ближайшего целого значения доллара.**

★ ПРИМЕР

Поставьте в поле "X". Не закрашивайте поля и не ставьте в них "галочки".



ПРАВИЛЬНО **НЕПРАВИЛЬНО**

Если Вы помогаете кому-то заполнить это заявление

Отвечайте на вопросы так, как будто заявление заполняет именно это лицо. Вы должны знать номер социального страхования этого человека и владеть всей информацией о его финансовом положении. Заполните также раздел "B" на с. 6.

Заполнение Вашего заявления

Вы можете заполнить заявление через Интернет на сайте www.socialsecurity.gov или же использовать прилагаемый конверт с уже заполненным адресом получателя, чтобы отослать заполненное и подписанное заявление по адресу:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

Отослите весь комплект документов в прилагаемом конверте. Не прикладывайте никаких дополнительных материалов. Если нам потребуется дополнительная информация, такая как выписки из финансовых организаций, мы с Вами свяжемся.

Если у Вас есть вопросы или Вам требуется помощь при заполнении этого заявления

Вы можете позвонить по бесплатному телефону **1-800-772-1213**, или же, если Вы глухой или плохо слышите, позвоните по нашему телефону с текстовым дисплеем **1-800-325-0778**.



НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

4. Введите в показанные ниже поля суммы средств, находящихся на банковских счетах, инвестиций или наличных, принадлежащих Вам, Вашему супругу (если Вы женаты и проживаете вместе) или Вам обоим. Указывайте и суммы, которыми Вы владеете совместно с другим лицом. (Укажите только суммы в долларах, а не номера счетов.) Если Вы или Ваш супруг (супруга) (если Вы женаты и проживаете вместе) не владеете какой-либо из указанных позиций – по отдельности, совместно с супругом или совместно с другим лицом, поставьте крестик в поле **НЕТ**.

• Банковские счета (чековые, сберегательные и депозитные)	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Акции, облигации, сберегательные облигации, участие во взаимных фондах, персональная пенсия или иные подобные инвестиции	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Любые другие сбережения в наличных, хранящиеся дома или где-нибудь еще	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. Имеете ли Вы (или Ваш супруг (супруга), если Вы женаты и проживаете вместе) собственный полис страхования жизни с общей номинальной стоимостью 1 500 долларов или более? Укажите ответ для себя и для Вашего супруга, если супруг проживает вместе с Вами. Если и Вы, и Ваш супруг (супруга) отметили поле **НЕТ**, перейдите к вопросу 6.

ВЫ: **ДА** **НЕТ**

СУПРУГ (СУПРУГА) (если проживаете вместе): **ДА** **НЕТ**

Если Вы или Ваш супруг ответили **ДА**, какую сумму Вы получите, если прямо сейчас обратите страховой полис в наличные? (Это не номинальная стоимость Вашего полиса. Вам может понадобиться позвонить в свою страховую компанию, чтобы ответить на этот вопрос.) Введите сумму.

\$, .

6. Планируете ли Вы использовать деньги из какого-либо из упомянутых в вопросах 4 или 5 источника на свои похороны (или похороны супруга, если Вы женаты и проживаете вместе)?

ВЫ: **ДА** **НЕТ**

СУПРУГ (СУПРУГА) (если проживаете вместе): **ДА** **НЕТ**

7. Владете ли Вы (или Ваш супруг (супруга), если Вы женаты и проживаете вместе) какой-либо недвижимостью помимо своего дома и земельного участка, на котором он расположен?

ДА **НЕТ**



НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

8. Ваши жизненные обстоятельства могут повлиять на сумму пособия, которые Вы можете получить. По этой причине нам нужно знать, сколько Ваших родственников (и родственников Вашего супруга (супруги), если Вы женаты и проживаете вместе), проживающих совместно с Вами, находятся на Вашем иждивении в такой степени, когда Вы или Ваш супруг обеспечиваете по крайней половине их финансового дохода. Родственником может считаться всякий, связанный с Вами по крови, в результате брака или усыновления.

Сколько родственников, проживающих совместно с Вами и Вашим супругом, находятся на Вашем иждивении в такой степени, когда Вы или Ваш супруг обеспечиваете по крайней половине их финансового дохода. **Не включайте в это число себя и Вашего супруга.** (Пометьте крестиком только одно поле.)

<input type="checkbox"/>									
НЕТ	1	2	3	4	5	6	7	8	9 или более

9. Если Вы (или Ваш супруг (супруга), если Вы женаты и проживаете вместе) получаете доход из любого из указанных ниже источников, укажите **полный месячный доход**. Если сумма ежемесячно **изменяется**, введите в соответствующие поля **средний доход за последний год для каждого типа источника**. Не указывайте здесь зарплату и доходы от самостоятельной предпринимательской деятельности, доход от процентов, социальную помощь, компенсацию на лечение или выплаты на воспитанников. Если Вы или Ваш супруг (супруга) не получаете доход из любого из указанных ниже источников, пометьте крестиком поле **НЕТ**.

• Социальное пособие	Мы используем сумму, проходящую по нашим документам	
• Пенсионный фонд железнодорожников	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Пособие ветеранам	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Другие пенсии или ежегодные выплаты (не включайте суммы, полученные из любого источника, включенного в вопрос 4).	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Другой доход, не указанный выше, включая алименты, чистый рентный доход, компенсационные платежи работникам (укажите): _____	<input type="checkbox"/> НЕТ	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

10. Уменьшались ли за последние два года какие-либо из сумм, включенных в вопрос 9?

ДА НЕТ

11. Помогает ли кто-либо Вам (или Вашему супругу (супруге), если Вы женаты и проживаете вместе) оплачивать любые из следующих расходов, относящихся к ведению домашнего хозяйства: продукты, закладные, квартирная плата, горючее или газ для отопления, электричество, вода и налоги на имущество? (Не включайте продуктовые талоны, ремонт жилища, помощь от жилищных агентств, программу пособий на оплату расходов на энергию, программу доставки горячей пищи инвалидам и престарелым или же пособия на лечение и лекарства.)

ДА НЕТ

Если Вы отметили крестиком какое-либо из полей ДА, укажите сумму за месяц или, если сумма изменяется, укажите месячное среднее за прошедший год.

\$, .



НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

- Если Вы холосты, разведены, проживаете отдельно или вдовец (вдова) и если Вы не работали в течение последних двух лет, пропустите вопросы 12-16 и перейдите к стр. 6.
- Если Вы состоите в браке и проживаете вместе с супругом и если ни один из Вас не работал в течение последних двух лет, пропустите вопросы 12-16 и перейдите к стр. 6.

12. Какова будет Ваша зарплата до уплаты налогов в этом году?

ВЫ: НЕТ \$, .

СУПРУГ (СУПРУГА) (если проживаете вместе): НЕТ \$, .

13. Если Вы предприниматель, каким, по Вашему мнению, будет Ваш чистый заработок или убытки в этом году?

ВЫ: НЕТ \$, .

СУПРУГ (СУПРУГА) (если проживаете вместе): НЕТ \$, .

Поставьте крестик здесь, если Вы или Ваш супруг ожидаете убытки. ВЫ: СУПРУГ(СУПРУГА)
(если проживаете вместе):

14. Уменьшались ли за последние два года какие-либо из сумм, включенных в вопрос 12 или 13?

ДА НЕТ

15. Если Вы (или Ваш супруг (супруга), если Вы состоите в браке и проживаете вместе) недавно оставили работу или планируете оставить работу, укажите месяц и год.

★ ПРИМЕР:

Для указания месяцев с января по сентябрь впишите в первое поле ноль (0). Май 2006 г. записывается так:

0	5	-	2	0	0	6
М	М		Г	Г	Г	Г

ВЫ:
М М Г Г Г Г

СУПРУГ (СУПРУГА):
(если проживаете вместе) М М Г Г Г Г

- Если Вы холосты, разведены, проживаете отдельно или вдовец (вдова) и если Вы не моложе 65 лет, пропустите вопрос 16 и перейдите к стр. 6.
- Если Вы состоите в браке и проживаете вместе с супругом и если Вы и Ваш супруг не моложе 65 лет, пропустите вопрос 16 и перейдите к стр. 6.

16. Приходится ли Вам (или Вашему супругу (супруге), если Вы состоите в браке и проживаете вместе) платить за предметы, позволяющие Вам работать? В случае если Вы работаете и получаете пособие по социальному обеспечению в связи с инвалидностью или слепотой и если у Вас имеются никем не возмещаемые расходы, связанные с работой, мы будем учитывать при расчете лимита только часть Ваших заработков. Примеры таких расходов: затраты на лечение и лекарства от СПИДа, рака, депрессии или эпилепсии; инвалидное кресло; персональное сопровождение; модификации автомобиля, водитель-помощник или иные, связанные с работой транспортные расходы; вспомогательные механизмы для работы; собака-поводырь; вспомогательные средства, связанные с сенсорной чувствительностью или зрением; переводы на шрифт для слепых.

ВЫ: ДА НЕТ СУПРУГ (СУПРУГА): ДА НЕТ
(если проживаете вместе)



НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Подписи

Я/мы понимаю(ем), что, подписывая настоящее заявление, я/мы заявляю(ем) под страхом наказания за лжесвидетельство, что я/мы проверил(и) всю информацию, содержащуюся в этой форме, и уверен(ы), что, насколько мне/нам известно, эта информация истинная и правильная. Я/мы понимаю(ем), что любой, делающий заведомо ложные или вводящие в заблуждение заявления относительно существенных фактов, содержащихся в этой информации, или принуждающий кого-либо еще сделать такие заявления, совершает преступление и может быть подвергнут заключению или понести иное наказание, или то и другое вместе. Я/мы понимаю(ем), что для вынесения правильного решения Администрация социального обеспечения (SSA) будет проверять мои/наши заявления и сравнивать эти данные с данными федеральных и местных правительственных учреждений, а также организаций штата, включая данные Налогового управления. Предоставляя на рассмотрение настоящее заявление, я/мы уполномочиваю(ем) SSA на получение и раскрытие в соответствии с применимыми законами, относящимися к сохранению конфиденциальности, информации, связанной с моим/нашим доходом, ресурсами и имуществом как внутри страны, так и за ее пределами. Такая информация, помимо прочего, может включать сведения о моей/нашей зарплате, состоянии счетов, инвестициях, страховых полисах, льготах и пенсиях. **Заполните, пожалуйста, раздел "А". Если Вы не можете подписать документы сами, представитель может сделать это за Вас. Если Вам кто-нибудь помогает, заполните также раздел "В".**

РАЗДЕЛ А

Ваша подпись:	Подпись Вашего супруга (супруги):	Телефон: () -
Ваш адрес проживания (дом, улица):		Квартира #:
Город:	Штат:	Почтовый код:
Ваш почтовый адрес (если отличается от адреса проживания):		Квартира #:
Город:	Штат:	Почтовый код:

Если Ваш адрес недавно изменился, отметьте крестиком это поле:

Если Вы предпочитаете, чтобы в случае появления дополнительных вопросов мы связались с кем-нибудь еще, укажите, пожалуйста, имя этого человека и телефон, по которому к нему можно обратиться в рабочее время.

Имя печатными буквами:	Фамилия печатными буквами:	Телефон: () -
------------------------	----------------------------	-------------------

РАЗДЕЛ В

Если Вы помогаете кому-то заполнить это заявление, отметьте крестиком поле, определяющее, кем Вы являетесь, и укажите Ваш адрес и телефон, по которому с Вами можно связаться в рабочее время.

<input type="checkbox"/> Член семьи	<input type="checkbox"/> Юрист	<input type="checkbox"/> Поверенный	<input type="checkbox"/> Другое Укажите: _____
<input type="checkbox"/> Друг	<input type="checkbox"/> Агентство	<input type="checkbox"/> Социальный работник	_____

Имя печатными буквами:	Фамилия печатными буквами:	Телефон: () -
Адрес проживания:		Квартира #:
Город:	Штат:	Почтовый код:



НЕ ЗАПОЛНЯТЬ. ЭТО НЕ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ.

Закон о неприкосновенности частной жизни / Закон о снижении документооборота

Раздел 1860 D-14 Закона о социальном страховании (*Social Security Act*) разрешает собирать информацию, запрашиваемую в данной форме. Предоставленная Вами информация будет использована Администрацией социального обеспечения, чтобы определить Ваше право на получение помощи для компенсации затрат в соответствии с планом страхования расходов на лекарства Medicare. Вы можете не предоставлять нам запрошенную информацию. Однако в этом случае мы не сможем принять точное и своевременное решение относительно Вашего заявления. Мы можем предоставлять информацию, указанную в настоящем заявлении, в другое правительственное агентство штата, местное или федеральное, в случае если это необходимо для определения Вашего права на пособие или если предоставление такой информации требуется в соответствии с федеральными законами.

Мы также можем использовать предоставленную Вами информацию для сверки с компьютерными базами данных. Программы сверки данных сравнивают наши записи с другими, имеющимися в распоряжении правительственных агентств на федеральном уровне, уровне штата или местном уровне. Многие агентства могут использовать программы сверки данных, чтобы установить или получить доказательства права человека на получение пособий, выплачиваемых федеральным правительством. Закон позволяет это делать, даже если Вы с этим не согласны. Объяснение этих и других причин, по которым предоставленная Вами информация может использоваться или предоставляться другим агентствам, можно получить в офисах Администрации социального обеспечения. Если Вы хотите получить дополнительные сведения по этому вопросу, обратитесь в любой офис Администрации социального обеспечения.

Заявление по поводу Закона о снижении документооборота – Данная процедура сбора информации соответствует требованиям закона 44 U.S.C. § 3507 с поправками к разделу 2 Закона о снижении документооборота (*Paperwork Reduction Act*) от 1995 г. Вы не должны отвечать на эти вопросы, если только мы не указываем действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления. По нашим оценкам, на то чтобы прочитать инструкции, подготовить все необходимые данные и ответить на вопросы, уходит около 35 минут. Вы можете передать свои комментарии по поводу наших оценок времени по следующему адресу: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Передавайте по этому адресу только свои замечания по поводу наших оценок времени, а не заполненное заявление.**

ПРИШЛИТЕ НАМ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПО АДРЕСУ, УКАЗАННОМУ НА ПРИЛАГАЕМОМ, ГОТОВОМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНВЕРТЕ:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**